

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1958

THÈSE

876

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LEGUY

Né le 21 septembre 1929, à Romilly-sur-Seine (Aube)

---

*Présentée et soutenue publiquement le 11 juillet 1958*

---

Sur la thérapeutique  
des petits cancers de l'intestin terminal  
(rectum ou bas-sigmoïde)  
par la radiothérapie de contact ou la chirurgie

TRAVAIL

DU CENTRE REGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE REIMS

(Directeur : Pr RAYMOND LEFÈVRE)

SERVICE DE CHIRURGIE : Pr agrégé JACQUES BASTIEN

CONSULTATION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE : Dr SACHA SÉGAL

---

Président : M. C. DEBRAY, Professeur

---

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1958



# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LEGUY

Prénom : JEAN

Date de soutenance : 11 juillet 1958

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

LEGUY (JEAN) — Sur la thérapeutique des petits cancers de l'intestin terminal (rectum ou bas-sigmoïde) par la radiothérapie de contact ou la chirurgie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N° .....).

LEGUY (JEAN) — Sur la thérapeutique des petits cancers de l'intestin terminal (rectum ou bas-sigmoïde) par la radiothérapie de contact ou la chirurgie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N° .....).

LEGUY (JEAN) — Sur la thérapeutique des petits cancers de l'intestin terminal (rectum ou bas-sigmoïde) par la radiothérapie de contact ou la chirurgie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N° .....).

LEGUY (JEAN) — Sur la thérapeutique des petits cancers de l'intestin terminal (rectum ou bas-sigmoïde) par la radiothérapie de contact ou la chirurgie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N° .....).



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1958

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Jean LEGUY**

Né le 21 septembre 1929, à Romilly-sur-Seine (Aube)

---

*Présentée et soutenue publiquement le 11 juillet 1958*

---

**Sur la thérapeutique  
des petits cancers de l'intestin terminal  
(rectum ou bas-sigmoïde)  
par la radiothérapie de contact ou la chirurgie**

TRAVAIL

DU CENTRE REGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE REIMS

(Directeur : Pr RAYMOND LEFÈVRE)

SERVICE DE CHIRURGIE : Pr agrégé JACQUES BASTIEN

CONSULTATION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE : Dr SACHA SÉGAL

---

Président : M. C. DEBRAY, Professeur

---

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1958





Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN . . . . . Léon BINET  
*Membre de l'Institut*  
 ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE

### I. — PROFESSEURS

|                                                                                    | MM.                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                                 | CORDIER (G.)               |
| Anatomie pathologique . . . . .                                                    | DELARUE (A.)               |
| Bactériologie . . . . .                                                            | FASQUELLE (R.)             |
| Biochimie médicale . . . . .                                                       | JAYLE (M.-F.)              |
| Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports . . . . .                  | CHAILLEY-BERT (P.)         |
| Biologie médicale . . . . .                                                        | FAUVERT (R.)               |
| Cancérologie médicale et sociale . . . . .                                         | BERNARD (J.)               |
| Clinique de cardiologie . . . . .                                                  | MOUQUIN (M.)               |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                                                  | SICARD (A.)                |
|                                                                                    | QUÉNU (J.)                 |
|                                                                                    | MÉNÉGAUX (G.)              |
|                                                                                    | MOULONGUET (P.)            |
| Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique . . . . .                        | MERLE D'AUBIGNÉ (R.)       |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire . . . . .                                  | DE GAUDART-D'ALLAINES (F.) |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédie . . . . .                            | FÈVRE (M.)                 |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire . . . . .                                  | MONOD (R.)                 |
| Clinique gynécologique . . . . .                                                   | FUNCK-BRENTANO (P.)        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .                          | DEGOS (R.)                 |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                                        | CATHALA (J.)               |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                                       | MOLLARET (P.)              |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale . . . . .                         | DELAY (J.)                 |
| Clinique des maladies métaboliques . . . . .                                       | HAMBURGER (J.)             |
| Clinique des maladies du sang . . . . .                                            | CHEVALLIER (P.)            |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                                 | ALAJOUANINE (T.)           |
| Cliniques médicales . . . . .                                                      | JUSTIN-BESANÇON (L.)       |
|                                                                                    | DE GENNES (L.)             |
|                                                                                    | MOREAU (R.)                |
|                                                                                    | BARIÉTY (M.)               |
| Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique . . . . .                     | DEBRAY (C.)                |
| Clinique médicale propédeutique . . . . .                                          | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition . . . . . | BOULIN (R.)                |
| Clinique de neuro-chirurgie . . . . .                                              | PETIT-DUTAILLIS (D.)       |
| Cliniques obstétricales . . . . .                                                  | LACOMME (M.)               |
|                                                                                    | VARANGOT (J.)              |
| Clinique d'obstétrique et de gynécologie . . . . .                                 | LANTUÉJOIL (P.)            |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                                 | RENARD (G.)                |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                                        | AUBIN (A.)                 |
| Clinique de pneumo-phthisiologie . . . . .                                         | BERNARD (E.)               |
| Clinique psychiatrique infantile . . . . .                                         | HEUYER (C.)                |
| Clinique de puériculture . . . . .                                                 | LELONG (M.)                |
| Clinique rhumatologique médicale et sociale . . . . .                              | COSTE (F.)                 |
| Clinique stomatologique . . . . .                                                  | DECHAUME (M.)              |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                                      | SÉNÈQUE (J.)               |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                                          | LEMAIRE (A.)               |

|                                                                                        |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Clinique urologique .. .. .                                                            | FEY (B.)        |
| Embryologie .. .. .                                                                    | GIROUD (A.)     |
| Génétique médicale .. .. .                                                             | LAMY (M.)       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .. .. .                                     | SOUlié (P.)     |
| Histologie .. .. .                                                                     | VERNE (J.)      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .. .. .                                     | TURPIN (R.)     |
| Hygiène et médecine préventive .. .. .                                                 | JOANNON (C.)    |
| Médecine légale .. .. .                                                                | PIÉDELIVRE (R.) |
| Médecine du Travail .. .. .                                                            | DESOILLE (H.)   |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .. .. .                                   | GALLIARD (H.)   |
| Pathologie chirurgicale .. .. .                                                        | COUVELAIRE (R.) |
| Pathologie exotique .. .. .                                                            | LAVIER (G.)     |
| Pathologie expérimentale et comparée .. .. .                                           | LENÈGRE (J.)    |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale<br>(chaire à titre personnel) .. .. . | MERKLEN (F.)    |
| Pathologie médicale .. .. .                                                            | DECOURT (J.)    |
| Pathologie et thérapeutique générales .. .. .                                          | GARCIN (J.)     |
| Pédiatrie sociale .. .. .                                                              | MARIE (J.)      |
| Pharmacologie et matière médicale .. .. .                                              | HAZARD (R.)     |
| Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) .. .. .                             | DOGNON (A.)     |
| Physiologie .. .. .                                                                    | BINET (L.)      |
| Physique médicale .. .. .                                                              | STROHL (A.)     |
| Radiologie médicale .. .. .                                                            | DESGREZ (H.)    |
| Technique chirurgicale .. .. .                                                         | PATEL (J.)      |
| Thérapeutique .. .. .                                                                  | BROUET (G.)     |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

| MM.                                  |                                                                              | MM.                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie . . . . .                   | { DELMAS (A.) pr. s. ch.<br>CABROL (C.)<br>DEBEYRE (J.)<br>OLIVIER (G.)      | Neurologie . . . . .                  | { LHERMITTE (F.)<br>GRASSET (J.)<br>LE LORIER (G.)<br>LEPAGE (F.)                                                                                                                                                                                                     |
| Anatomie<br>pathologique . . . . .   | { GAUTHIER-VILLARS<br>(Mlle P.) pr. s. ch.<br>BUSSER (F.)<br>GOUYGOU (Ch.)   | Obstétrique . . . . .                 | { MERGER (R.)<br>MORIN (P.)<br>RAVINA (J.)<br>ROBEY (M.)                                                                                                                                                                                                              |
| Bactériologie . . . . .              | { NÉVOT (A.) pr. s. ch.<br>CHRISTOL (D.)                                     | Ophtalmologie . . . . .               | { BRÉGÉAT (P.)<br>DESIGNES (P.)                                                                                                                                                                                                                                       |
| Biochimie<br>médicale . . . . .      | { ETTORI (J.) pr. s. ch.<br>DESGREZ (P.)<br>POLONOVSKI (J.)<br>SCHAPIRA (R.) | Orthopédie . . . . .                  | { JUDET (R.)                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Biologie<br>médicale . . . . .       | { BOURLIÈRE (F.)                                                             | Oto-rhino-<br>laryngologie . . . . .  | { AUBRY (M.)<br>MADURO (R.)<br>BRUMPT (L.-C.)<br>CHABAUD (A.)                                                                                                                                                                                                         |
| Dermato-<br>Syphiligraphie . . . . . | { DUPERRAT (F.)                                                              | Parasitologie . . . . .               | { ABOULKER (P.)<br>BARCAT (J.)<br>BAUMANN (J.)<br>CAUCHOIX (J.)<br>DUBOST (C.)<br>FAUREL (J.)<br>FLABEAU (F.)<br>GERMAIN (A.)<br>GOSSET (J.)<br>LAURENCE (G.)<br>LORTAT-JACOB (J.)<br>MATHEY (J.)<br>OLIVIER (Cl.)<br>POILLEUX (F.)<br>THOMERET (G.)<br>VERNE (J.-M.) |
| Embryologie . . . . .                | { TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)                                                    | Pathologie<br>chirurgicale . . . . .  | {                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Histologie . . . . .                 | { COUJARD (R.)<br>N...<br>N...                                               |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Hydrologie . . . . .                 | { CORNET (A.)                                                                |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Hygiène . . . . .                    | { BOYER (J.) pr. s. ch.<br>DEPARIS (M.) pr. s. ch.                           |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Maladies<br>infectieuses . . . . .   | { BASTIN (R.)                                                                |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Médecine légale . . . . .            | { DEROBERT (L.) pr. s. ch.<br>GAULTIER (M.)<br>HADENGUE (A.)                 |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Médecine<br>du travail . . . . .     | { ALBAHARY (C.)                                                              |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Neuro-chirurgie . . . . .            | { DAVID (M.)                                                                 | Pathologie<br>expérimentale . . . . . | { LOEPER (J.)<br>MAURICE (P.)                                                                                                                                                                                                                                         |

|                              | MM.               |                   | MM.                                                                                |
|------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Pathologie<br>médicale . . . | BOUDIN (G.)       | Pharmacologie     | { CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i><br>LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>               |
|                              | BOUVIER (J.-B.)   | Physiologie . . . | { BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i><br>PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i><br>DEJOURS (P.) |
|                              | BRICAIRE (H.)     |                   |                                                                                    |
|                              | BRISAUD (H.)      |                   |                                                                                    |
|                              | CASTAIGNE (P.)    | Physique          |                                                                                    |
|                              | CONTE (M.)        | médicale . . . .  | { DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i><br>GOUGEROT (L.)                                  |
|                              | DEROT (M.)        | Pneumo-           |                                                                                    |
|                              | DOMART (A.)       | Phtisiologie . .  | KREIS (B.)                                                                         |
|                              | LAMOTTE (M.)      | Psychiatrie . . . | PICHOT (P.)                                                                        |
|                              | LAROCHE (C.-P.)   | Psychiatrie       |                                                                                    |
|                              | MACREZ (Cl.)      | infantile . . . . | MICHAUX (L.)                                                                       |
|                              | MILLIEZ (P.)      | Rhumatologie . .  | DELBARRE (F.)                                                                      |
|                              | PÉQUIGNOT (H.)    | Stomatologie . .  | { CERNÉA (P.)<br>CHAPUT (Mme A.)                                                   |
|                              | PERRAULT (M.)     | Thérapeutique .   | CHASSAGNE (P.)                                                                     |
|                              | RAMBERT (P.)      | Urologie . . . .  | KUSS (R.)                                                                          |
|                              | ROYER (P.)        |                   |                                                                                    |
| Pédiatrie . . .              | THIEFFRY (St.)    |                   |                                                                                    |
|                              | TURIAF (J.)       |                   |                                                                                    |
|                              | WOLFROMM (R.)     |                   |                                                                                    |
|                              | N...              |                   |                                                                                    |
|                              | JOSEPH (R.)       |                   |                                                                                    |
|                              | MOZZICONACCI (P.) |                   |                                                                                    |
|                              | POLONOVSKY (Cl.)  |                   |                                                                                    |

### III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

#### A TITRE PERMANENT

|                              | MM.                             |                    | MM.          |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------|--------------|
| Clinique<br>chirurgicale . . | AMELINE (A.)                    | Clinique           |              |
|                              | HUGUIER (J.)                    | obstétricale . . . | MAYER (M.)   |
|                              | LÉGER (L.)                      | Clinique           |              |
|                              | PADOVANI (P.)                   | ophtalmologique    | OFFRET (G.)  |
|                              | ROUX (M.)                       | Clinique           |              |
| Clinique<br>médicale . . . . | DREYFUS (Gilbert)               | pédiatrique . . .  | LAPLANE (R.) |
|                              | HAGUENAU (J.) <i>pr. s. ch.</i> | Clinique           |              |
|                              | KOURILSKY (R.)                  | psychiatrique .    | BARUK (H.)   |
|                              | MARCHAL (G.)                    |                    |              |
| Clinique<br>neurologique . . | DE SÈZE (S.)                    |                    |              |

---

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. MOREL (J.)  
 Secrétaire . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

---

Conservateur, chargé de la direction . . . . M. le Docteur HAHN (A.)  
 Conservateur . . . . . Mlle GOÏCHON (A.)  
 Bibliothécaires . . . . . { Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),  
 LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



*A LA MEMOIRE DE MON PERE*

A MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON BEAU-PERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES DEBRAY  
Professeur de la Chaire d'Hydro-Climatologie Thérapeutique

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES BASTIEN

A MONSIEUR LE DOCTEUR SACHA SEGAL

*Qui m'ont inspiré et aidé à la réalisation de ce modeste travail.*

*Qu'ils trouvent ici l'expression de toute ma gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEFEVRE

*Dont la documentation nous fut  
précieuse pour la rédaction de cette  
thèse.*

*Nous sommes heureux de lui expri-  
mer ici notre vive reconnaissance.*

Il est d'usage de considérer que le traitement du cancer rectal est uniquement chirurgical. Suivant son siège, les possibilités techniques et aussi les tendances de chaque chirurgien, il consistera en une résection intestinale qui ne comporte pas obligatoirement de dérivation, sinon de façon provisoire, ou en une ablation du rectum terminée par une colostomie iliaque gauche définitive, dans la plupart des cas.

Si le traitement n'est discuté par personne lorsqu'il s'agit d'une néoplasie volumineuse, on peut se demander si, pour une forme beaucoup plus petite et moins envahissante, il n'est pas disproportionné avec les risques importants qu'il comporte et la mutilation toujours éprouvante, surtout lorsqu'il s'accompagne d'un anus de dérivation dont la seule présence retentit fâcheusement sur le psychisme du malade.

Voilà, peut-être, le point de départ de recherches qui, depuis quelques années ont guidé les travaux des médecins, des gastro-entérologues et des radiothérapeutes. Nous citerons, en particulier, ceux de MM. LAMARQUE et POIRIER et de Mme ALBOT qui orientent leurs thérapeutiques vers la radiothérapie de contact et la coagulation.

Grâce aux conseils éclairés de MM. J. BASTIEN et S. SEGAL et en nous servant de la documentation que nous avons pu réunir au Centre Anticancéreux de Reims, nous pouvons apporter une modeste contribution qui repose sur la contactothérapie ou la chirurgie conservatrice selon le siège du cancer sur l'intestin terminal.

C'est en effet à ce territoire que nous nous sommes arrêtés, éliminant la région de l'anus et du canal anal, mais annexant la charnière rectosigmoïdienne et la partie avoisinante du sigmoïde.

Les tumeurs de l'anus ont une pathologie, un type histologique et surtout une extension lymphatique trop particulière qui font qu'elles sont étudiées à part par tous les gastro-entérologues.

Par contre, il nous a semblé logique d'englober dans une même étude les cancers du rectum avec ceux de la charnière rectosigmoïdienne et de la partie terminale du sigmoïde. Certes la physiologie de ces deux segments est différente, mais c'est une bien faible objection à côté des arguments que nous fournissent l'anatomie, la pathologie et l'histologie. En effet, il n'existe aucune limite nette entre eux ; la coudure représentée par la charnière rectosigmoïdienne ne correspond à aucune modification de structure. Les relais ganglionnaires sont les mêmes. L'extension lymphatique se fait de haut en bas et latéralement vers les réservoirs hypogastriques et mésentériques. L'envahissement est progressif, aucun relai n'est sauté ; cet élément de comparaison n'est pas sans valeur dans le domaine de la cancérologie. L'aspect macroscopique des lésions ne s'oppose pas non plus à ce qu'ampoule et partie juxta-sigmoïdienne soient mises en parallèle. S'il est indiscutable que la forme ulcéro-végétante se rencontre le plus fréquemment dans les tumeurs rectales, nul ne peut prétendre n'avoir jamais rencontré, à ce niveau, des lésions rappelant les squirrhés du côlon et ayant comme eux une évolution lente et sténosante. De même qu'il n'est pas rare de trouver, au niveau du sigmoïde, des lésions d'aspect ulcéro-végétant semblables à celles du rectum. Microscopiquement, ces lésions sont presque toutes des épithélioma cylindriques lieberkühniens radio-sensibles.

Ajoutons pour terminer que le rectum et le sigmoïde peuvent être envisagés sous le même angle thérapeutique depuis l'emploi courant d'appareils endoscopiques qui permettent une exploration précise et surtout la comparaison des signes cliniques avec l'importance des lésions. L'intestin terminal remonte jusqu'à l'endroit où les moyens d'investigation permettent d'accéder, c'est-à-dire à environ 25 cm de la zone hémorroïdaire.

Mais, bien entendu, nous devons, avant d'entrer dans des considérations cliniques ou thérapeutiques, préciser ce que nous entendons par petit cancer.

Mme ALBOT distingue plusieurs sortes de tumeurs en fonction de leur degré d'envahissement. Les tumeurs de type  $\alpha$  et  $\beta$  correspondraient à une atteinte de la muqueuse et de la sous-muqueuse; les  $\gamma$  à un envahissement de la musculuse, ce qui se traduit par une induration plus ou moins marquée de leur base d'implantation; enfin, les formes  $\delta$  qui touchent toute la paroi intestinale. Cette classification dont l'intérêt n'échappe à personne nous paraît être plus didactique que pratique.

Faut-il alors s'en rapporter à l'aspect macroscopique des lésions? Nous ne pensons pas que ce soit de ce côté qu'il faille chercher la solution car les petits cancers peuvent se présenter sous les formes les plus diverses depuis les aspects polypoïdes ou villex jusqu'à la simple ulcération, en passant par les bourgeons charnus et les tumeurs encastrées dans la muqueuse ou qui la bordent.

Les dimensions des lésions sont, à notre avis, plus importantes à prendre en considération. C'est pourquoi nous désignons par petits cancers toutes les tumeurs néoplasiques, histologiquement vérifiées, depuis la plus minime jusqu'à celle dont les dimensions ne dépassent pas 2 cm à 2,5 cm au plus. Nous savons ce qu'une telle classification peut avoir d'erroné et de superficiel, mais nous sommes persuadés que les lésions ainsi définies sont encore peu évoluées et si localisées qu'elles autorisent une thérapeutique physiothérapique et non plus chirurgicale.

Ayant ainsi défini ce que nous entendons par petits cancers de l'intestin terminal, nous étudierons, dans une première partie, les signes cliniques de ces cancers et les investigations qu'il convient de pratiquer; dans un second chapitre, nous exposerons en détail les thérapeutiques que nous appliquons.



## DIAGNOSTIC

---

Comment arriver au diagnostic des petits cancers sur le plan clinique?

Certes, il est possible qu'un cancer très limité détermine une syndrome rectal; mais c'est là une éventualité exceptionnelle au moins sous son aspect complet. Si ce syndrome est observé, il sera toujours dissocié et nous rappellerons seulement pour mémoire qu'il est constitué par du ténésme, des épreintes et des émissions anormales (glaires, pus, sang, diarrhées ou fausses diarrhées).

C'est dire que les cancers auxquels nous nous attachons ne peuvent être décelés que par le spécialiste dont l'attention est attirée par le moindre symptôme proctologique normal. Il faut savoir, de parti pris, soupçonner une lésion maligne non seulement derrière des hémorroïdes mais aussi en présence de fistules, de fissures, de prolapsus, d'amibiase. La modification des selles, l'apparition de glaires, parfois le prurit, ne doivent être considérés comme des signes sans gravité qu'après avoir pratiqué un examen complet.

Il faut même aller plus loin, car nous avons, dans nos observations, le cas d'un malade qui a présenté, à la suite d'un accident de la route, une rectorragie. La rectoscopie a montré la présence d'une petite lésion néoplasique, confirmée par l'examen histologique, sans aucun rapport avec le traumatisme. Dès lors se pose le problème de la rectoscopie systématique. C. PORTES, du Centre Anticancéreux de Chicago, en a démontré l'utilité devant la Douzième Assemblée Nationale des Chirurgiens de Mexico, en signalant que sur 50.000 rectoscopies de routine on avait décelé des tumeurs polipoïdes non

néoplasiques du rectum et du sigmoïde dans 8 % des cas, et de véritables cancers dans 0,57 % des cas. Il semble donc plausible de considérer la rectoscopie comme le complément indispensable de la consultation du proctologiste au même titre que la prise de la tension artérielle pour le médecin. Ce serait la meilleure façon de faire un diagnostic précoce des petits néo.

Pour évaluer avec certitude l'importance des tumeurs que nous aurons à traiter, deux examens s'imposent : le toucher rectal et la rectoscopie. Nous ne citerons que pour mémoire la radiographie, d'une utilité indéniable pour objectiver et localiser une lésion de quelque importance, mais qui demeure trop souvent muette ou trop imprécise dans les cas qui nous occupent ici.

Le toucher rectal est un examen facile à réaliser. Pratiqué avec la collaboration du malade qui, en dépit de sa répugnance instinctive, se laisse facilement convaincre de sa nécessité et de son importance, le toucher rectal apporte de précieux renseignements sur les lésions les plus minimes, à condition toutefois qu'on en ait une certaine habitude. Il est complètement indolore, de brève durée et totalement inoffensif ; c'est pourquoi il ne faut pas hésiter à le répéter aussi souvent qu'il est nécessaire. Mais s'il doit, en quelque sorte, devenir un réflexe devant tout syndrome intestinal ou pelvien, son exécution n'en demeure pas moins soumise à des règles techniques.

Le malade sera mis dans une position adéquate. La meilleure, celle qui permet d'explorer le rectum au plus loin, soit à environ 8 à 9 cm de la marge anale, est le décubitus dorsal, cuisses fléchies au maximum sur le bassin. On peut même demander au malade de saisir ses deux genoux pour les maintenir appliquées sur l'abdomen. Cette position permet d'explorer parfaitement de la pulpe de l'index, toutes les faces de l'ampoule rectale.

Réalisé dans ces conditions, on obtient des renseignements précieux à l'élaboration d'un diagnostic.

S'il est souvent aisé de découvrir, de localiser et d'évaluer l'importance d'hémorroïdes, d'ulcérations, de polypes, de

tumeurs villeuses ou de néoplasmes importants, le dépistage d'un petit cancer de l'ampoule rectale est souvent plus délicat et réclame toute la compétence d'un clinicien averti. La perception de ces tumeurs permet d'en déduire la forme, le volume, les dimensions et les limites. Elle permet aussi d'apprécier le degré de souplesse de leur base d'implantation, ainsi que la mobilité par rapport aux organes avoisinants.

Mais, en dépit de l'existence d'une tumeur, le toucher rectal peut rester négatif et deux raisons peuvent être invoquées : ou bien la lésion est trop minime pour être perçue, ou bien elle siège trop haut pour être accessible au doigt. Dans ce cas on retrouve quelquefois du sang sur le doigtier. Ceci démontre combien cet examen peut être entaché d'erreur et explique pourquoi, dans tous les cas, une rectosigmoïdoscopie doit être pratiquée.

\* \*

La rectosigmoïdoscopie est, en effet, le seul examen qui puisse prétendre explorer en détails la totalité de l'intestin terminal. L'étude des lésions sous le contrôle de la vue permet :

1° de vérifier et de compléter des renseignements fournis par le toucher rectal ;

2° de pratiquer une biopsie qui fera éventuellement la preuve de leur malignité ;

3° de fixer, par une photo ou un film leur aspect morphologique. Le document ainsi obtenu permettra de suivre leur évolution de façon objective.

Est-il besoin de préciser que cet examen ne pourra être pratiqué que par un spécialiste entraîné, disposant d'un excellent matériel.

Pour étudier les petits cancers, nous nous sommes servis de l'appareil mis au point par le Professeur Ch. DEBRAY et le Docteur SEGAL, qui est très pratique. Il se compose de deux parties : un tube endoscopique et un bloc optique lumière.

Le tube endoscopique ne présente pas de modifications importantes par rapport aux autres modèles. Sa longueur est

de 32 cm, soit 3 cm de moins que les plus longs. Ceci présente l'avantage de ne pas constituer un trop long bras de levier difficilement maniable au cours de l'exploration du rectum.

Le diamètre a été ramené de 25 à 16 mm. Cette réduction de calibre facilite certainement le passage de l'anus, mais surtout le redressement de la coudure rectosigmoïdienne et la pénétration dans le sigmoïde. Il permet au tube de cheminer plus aisément dans un intestin parfois rétréci par une malformation congénitale, un processus inflammatoire ou une formation tumorale.

L'extrémité du tube est constituée par un embout en matière plastique (teflon) qui facilite le glissement sur la muqueuse intestinale. Un mandrin, dont la tête est elle aussi en teflon, se place dans le tube au moment de son introduction dans la cavité rectale. Mais la grande innovation de cet appareillage, c'est son bloc optique-lumière.

Pour obtenir une meilleure vision des lésions rectosigmoïdiennes, la première condition à remplir était d'obtenir une luminosité intense. Augmenter la puissance des ampoules intra-rectales n'était pas possible étant donné le danger de brûlures qu'elle faisait courir. Aussi, est-ce une véritable révolution qu'ont apportée FOURESTIER, GALDU et VULMIÈRE en utilisant un guide-lumière en endoscopie. Ce guide-lumière est une tige de quartz d'environ 2 mm de diamètre dont le rendement lumineux est d'environ 90 %. Il transmet, à l'extrémité exploratrice de l'endoscope, la lumière dont la source est extérieure.

La source lumineuse de l'éclaireur universel de FOURESTIER, GALDU et VULMIÈRE est constituée d'une lampe puissante située en dehors du tube et équipée d'un système de refroidissement et dont l'émission est concentrée sur l'extrémité du guide-lumière. Un survoltage est possible, grâce à un dispositif spécial. Il permet la prise de films de 8 ou 16 mm Kodachrome, mais il n'est pas assez puissant pour faire de la photographie instantanée en couleurs. C'est pourquoi les inventeurs de l'éclaireur universel ont adjoint à la source lumineuse un

flash électronique. L'image ainsi obtenue est nette et peut avoir jusqu'à 25 mm de diamètre. Ce résultat est satisfaisant, mais demande à être amélioré.

L'optique du rectoscope a été particulièrement bien étudié. Quelle que soit la profondeur explorée, l'œil se trouve placé à quelques centimètres de la lésion, ce qui donne un angle de vue d'environ 60°. Il est équipé d'un système antibuée. Son pouvoir de définition est excellent. Il grossit jusqu'à quatre fois, ce qui permet d'étudier de nombreux détails qui, auparavant, échappaient à toute investigation.

Le guide-lumière et l'optique glissent dans un bloc support sur lequel on trouve deux ajutages qui permettent d'établir un courant d'azote utilisé au cours de l'électro-coagulation. Ce bloc support est aussi perforé d'un canal opérateur laissant le passage de la pince à biopsie ou de sondes d'aspiration.

A priori, cet appareillage paraît assez compliqué. En réalité, il est aussi facile à manipuler que n'importe quel autre rectoscope. Il suffit pour cela de préparer son matériel avant de commencer l'examen. Le bloc support qui contient le système d'éclairage et d'optique sera monté et placé dans un tube en matière plastique fixé à la table d'examen. Le tuyau de soufflerie qui contient le système d'alimentation électrique et l'antibuée est le seul élément qui puisse gêner la manipulation. Cet inconvénient est commun à tous les restoscopes. De même on préparera à l'avance la caméra 8 ou 16 mm et l'appareil photo, tous deux du type réflexe.

Le malade étant mis en position genu-pectorale, on enduit les parois du canal anal de vaseline, on évite ainsi d'avoir à mettre sur le rectoscope des produits qui risquent de gêner la visibilité. Le tube rectoscopique est alors introduit avec son mandrin que l'on retire aussitôt l'anus franchi. On le remplace par le bloc optique lumière que l'on fait progresser lentement sous contrôle de la vue. Au besoin, on nettoie le rectum à l'aide de tampons ou par aspiration. L'exploration progresse ensuite jusqu'à la charnière rectosigmoïdienne que l'on récline et pénètre dans le sigmoïde. L'examen est conduit de la façon suivante.

Après avoir découvert, localisé et observé les lésions, on prend une séquence de film ou une photographie. La caméra ou l'appareil photo, est fixée par une bonnette sur l'oculaire du rectoscope dont la position est vérifiée par le viseur réflexe. Le flash électronique est branché directement sur l'appareil photo. Au moment des prises de vues on augmente l'intensité lumineuse.

La pince à biopsie est ensuite introduite dans le canal réservé à cet usage et le prélèvement s'effectue sous le contrôle de la vue. L'appréciation visuelle subjective se trouve ainsi contrôlée par des documents photographiques et histologiques qui permettront au gastro-entérologue, au chirurgien et au radiothérapeute de prendre en commun une décision thérapeutique. Un nouvel examen, pratiqué après le traitement, permettra de juger de l'efficacité de celui-ci.

---

## TRAITEMENT

---

Après avoir posé le diagnostic de petit cancer de l'intestin terminal, voyons quel traitement il faut leur appliquer.

Notre attitude dépendra du siège de la lésion.

Lorsque la tumeur se trouve au niveau ou au-dessus de la charnière rectosigmoïdienne, ou au moins à 12 cm de la région anale, nous pratiquons une résection par voie abdominale pure. C'est alors peut-être, qu'après une préparation soigneuse, nous nous risquerons à ne pas établir, au-dessus de l'anastomose, une dérivation provisoire de sécurité; à condition toutefois qu'il ne s'agisse pas d'un sujet obèse aux bronches encombrées.

Le choix du traitement est plus discuté lorsque le cancer est situé à la partie moyenne ou à la partie basse de l'ampoule rectale. Il ne saurait être question ici d'une simple résection; seule une amputation abdomino-périnéale peut être envisagée. Mais si nous en reconnaissons volontiers le bien-fondé et l'intérêt lorsqu'il s'agit de tumeurs importantes (tumeurs qui ne sont accessibles à aucune autre thérapeutique), nous sommes, par contre, absolument convaincus que proposer à un malade porteur d'un petit cancer une intervention choquante qui, de plus, laissera subsister une infirmité permanente, ne peut se justifier, si on veut bien prendre en considération les résultats obtenus par la radiothérapie de contact et la coagulation.

Dans cette région, c'est-à-dire en dessous de 12 cm, les lésions sont facilement accessibles, n'étant plus dans la portion intra-péritonéale du rectum, la radiothérapie de contact

et la coagulation n'exposent pas à des accidents graves à la suite de perforations.

La coagulation rectale est défendue avec beaucoup de talent, de persévérance et de conviction par POIRIER d'Angoulême. Nous ne voulons pas insister ici sur sa technique; rappelons seulement la nécessité d'utiliser des appareils endoscopiques exposant bien la lésion pour être à l'aise, de procéder avec beaucoup de soins, de coaguler point par point afin d'obtenir des escarres blanches, plates et sèches. La coagulation est une véritable intervention chirurgicale, sans gravité, mais elle exige de la patience, de la minutie et du temps.

La radiothérapie de contact est plus facile à réaliser, c'est pourquoi nous l'avons adoptée. L'absence de toute interposition de peau ou de tissus sains entre l'ampoule et la tumeur permet d'appliquer, sous faible voltage, avec peu de filtration et à petite distance, une irradiation intense, de courte durée, dont les effets sont semblables à ceux du radium. Son application est indolore, tout au plus en résulte-t-il parfois une sensation de brûlure, plus gênante que douloureuse, qui peut persister pendant plusieurs semaines. Le rayonnement émis dans ces conditions est en grande partie arrêté en surface; mais en réglant le débit, la filtration et la distance ampoule-lésion, il est possible d'obtenir une action efficace à une profondeur donnée. On sait, en effet, que l'activité en surface et en profondeur est directement proportionnelle au débit, que le rayonnement est d'autant plus pénétrant qu'il est plus filtré et enfin, qu'à débit égal avec une même filtration, le rapport action de surface/action en profondeur diminue au fur et à mesure que l'ampoule s'éloigne de la surface irradiée.

Avec les appareils actuels, on ne peut obtenir une irradiation homogène que sur une largeur maximum de 2,5 cm. C'est d'ailleurs cette notion qui nous a servi de base pour définir les limites des petits cancers. Ces néoplasmes ont une forme lenticulaire dont le grand axe est parallèle à la paroi intestinale. A un diamètre de 2,5 cm correspond une épaisseur d'environ 1 cm. Pour traiter une telle lésion, nous plaçons l'ampoule à 4 cm avec un filtre de 0,5 cm d'aluminium.

Le courant est de 2 milliampères sous une tension de 50 kilovolts. La dose totale ne dépasse jamais 30.000 r.

Pour pratiquer cette radiothérapie endo-cavitaire, nous disposons de deux appareils : le Siemens et le Philips.

#### L'APPAREIL SIEMENS.

Le *Siemens* est équipé d'une ampoule de Chaoul dont le refroidissement est assuré par une circulation d'eau contenue dans une chemise qui entoure le tube métallique. Le faisceau cathodique chemine dans un tube dont l'extrémité, en nickel, constitue l'anticathode. Pour sortir du tube, les rayons doivent traverser l'anticathode, le liquide et une mince paroi métallique. La filtration ainsi obtenue est égale à 0,2 mm de nickel.

#### L'APPAREIL PHILIPS.

Dans cet appareil, le filament cathodique se trouve situé entre l'anode et la fenêtre de sortie. Les électrons se dirigent en arrière vers l'anode, d'où les rayons X sont réfléchis. Ils traversent la fenêtre de sortie constituée par un verre transparent aux rayons X, un faible espace où circule un courant d'air destiné au refroidissement du tube et enfin l'extrémité de la gaine protégée par un capuchon en matière plastique. La préfiltration inhérente à ces différents éléments équivaut à 0,2 mm d'aluminium.

C'est ce dernier appareil que nous avons adopté pour les raisons suivantes :

1° Son débit peut être jusqu'à vingt-cinq fois supérieur à celui du Siemens ;

2° La faible filtration du Philips permet d'obtenir plus aisément « une chute à pic de la dose en profondeur ». Cette filtration peut être modifiée suivant les besoins ;

3° La baisse de la pression dans le circuit de refroidissement par eau risque d'entraîner une détérioration de la gaine qui contient ce liquide. Cet inconvénient n'existe pas avec le refroidissement par air de l'appareil Philips.

Il faut pourtant regretter qu'on ne puisse, avec cet appareil, diriger le faisceau de rayons perpendiculairement à l'axe du tube, ce qui n'est possible qu'avec l'ampoule de Chaoul dont l'émission se fait par transmission. Il s'agit là d'un inconvénient mineur, car dans les cas qui nous intéressent ici, il est toujours possible de placer la région à irradier dans le champ de l'appareil. Nous disposons à cet effet d'un localisateur, sorte de guide métallique creux, ayant la forme d'un tronc de cône, qui sert à repérer la tumeur et à orienter l'ampoule avec précision.

Notons pour terminer que tous les appareils de radiothérapie de contact sont munis d'un système protecteur contre les radiations secondaires et qu'un dispositif permet de fixer le tube dans la position désirée.

C'est CHAUL (Allemagne) qui, le premier, en 1933, a utilisé la radiothérapie de contact dans le traitement des cancers du rectum. Il n'existait pas, alors, d'appareil qui permettait l'application endo-cavitaire. On pratiquait un anus de dérivation et on mettait la tumeur à nu par une résection du sacrum, avant de l'irradier. Cette technique était peu satisfaisante et n'épargnait pas aux malades les risques d'une intervention. Mais CHAUL a obtenu ainsi 15 guérisons sur 38 malades traités; encore convient-il de mentionner que ces résultats concernent des cancers du rectum à tous les stades.

La voie chirurgicale a été abandonnée dès que les perfectionnements apportés aux appareils de roengenthérapie l'ont permis. CHAUL s'est alors servi de l'appareil de Siemens à fenêtre latérale. Sur 66 cas de cancers traités à différents stades, il aurait obtenu 46 guérisons jugées avec un minimum de recul de deux ans. Il faisait une séance de 500 r tous les jours pendant douze jours. Après quinze jours de repos, il recommençait s'il le jugeait nécessaire.

En France, LAMARQUE (Montpellier) et GROS (Strasbourg) se servent de l'appareil Philips. L'ampoule est placée à 2 cm de la tumeur et le rayonnement filtré à 1 mm d'aluminium. Ils font huit séances de 2.000 r à raison de deux par semaine. Après huit jours d'arrêt, ils recommencent à la demande.

Personnellement, nous pratiquons de la façon suivante : Nous préparons le rectum en faisant ingérer au malade plusieurs jours avant le traitement des bactériostatiques (sulfa-guanidine, par exemple). La veille, on lui donne un lavement évacuateur de 1 litre et un autre de 1,5 litre le matin même. Le malade est placé en position genu-pectorale, la tête tournée sur le côté et le haut du buste reposant sur la table d'examen. On pratique une anesthésie épidurale qui donne un relâchement sphinctérien parfait et une immobilité absolue du patient. Lorsque l'épidurale est impossible, nous nous contentons d'une anesthésie locale qui est suffisante si elle est techniquement bien faite. (L'infiltration du sphincter interné est indispensable ; pour l'atteindre facilement et aussi pour éviter de multiplier les points d'injection, nous nous servons d'aiguilles longues et fines. Il faut, d'autre part, soigner l'anesthésie du pôle postérieur de l'anus, 5 ml de novocaïne à 1 % sont nécessaires, alors qu'il suffit de 15 ml pour le reste du muscle.)

Nous introduisons alors le localisateur et nous l'orientons vers la tumeur sous le contrôle de la vue. Le tube est ensuite glissé dans le localisateur et fixé dans la position requise pour irradier la lésion en un seul champ. Etant donné le diamètre du tube Philips, qui est supérieur à 3 cm, et aussi parce que nous pensons qu'il est préférable de ne pas fractionner les doses, nous ne faisons qu'une séance par semaine, parfois même tous les quinze jours. La dose varie de 3.000 r à 10.000 r, suivant l'importance de la tumeur.

L'évolution est suivie par des examens restoscopiques, renouvelés tous les quinze jours pendant trois mois ; ils ne seront espacés qu'après l'apparition des signes macroscopiques de guérison. La prise de photo et de film d'une part, les prélèvements biopsiques d'autre part, sont des arguments décisifs qui nous font augmenter, réduire ou cesser le traitement. La surveillance se poursuivra pendant plusieurs années afin de dépister une éventuelle rechute ou l'apparition d'une autre localisation maligne.

Sous l'action du traitement radiothérapique, on voit fondre rapidement les bourgeons et les tumeurs qui semblent plus

sensibles que les ulcérations et les fissures. Un œdème apparaît dans la région irradiée, portant en son centre une plaque blanchâtre, rigide, qui traduit une réaction de nécrose. (Ce sont ces premières réactions qui s'accompagnent de sensation de brûlures.) Quelques semaines plus tard, l'œdème disparaît, l'escarre tombe et la muqueuse se reconstitue. Rigide, au début, elle récupère bientôt sa souplesse initiale et seule persiste une cicatrice nacrée dont les bords sont entourés de varicosités. C'est une séquelle sans gravité, absolument constante.

L'efficacité de la radiothérapie de contact a été contestée par de nombreux auteurs. PAPILLON, entre autres, a publié deux échecs sur deux cas traités. Mais il paraît évident qu'il ne s'agissait pas de petits cancers au sens où nous l'entendons. Pour notre part, nous en avons dépisté 5 cas en dix ans et tous ont guéri ou sont en bonne voie de guérison. Le premier remonte à 1948, deux autres ont été vus en 1953, un a été soigné au début de 1957, le dernier date de six mois. Tous ces néoplasmes étaient des épithélioma cylindriques liberkuhniens, tous ont évolué de la même façon sous l'action du traitement, aucun n'a récidivé. Nous nous permettons d'en rapporter brièvement ici les observations.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION N° 1

M. G..., soixante-trois ans, consulte en août 1948, pour une sensation de pesanteur rectale.

La radiographie montre une diverticulose. L'examen endoscopique non seulement révèle la présence d'hémorroïdes, mais aussi montre l'existence d'un petit polype siégeant à 10 cm de l'anus, sur la face antérieure du rectum. La structure histologique de ce polype est très modifiée et évoque une lésion polymitotique. On fait deux séances de contactothérapie, la première de 3.000 r, la seconde de 4.000 r. Au bout de dix jours, une cicatrice blanchâtre apparaît. On peut difficilement en préciser les caractères, nos moyens d'investigation endoscopiques n'étant pas encore au point. Ce malade est suivi régulièrement. Il a été revu le 9 mai 1958. Il conserve sa diverticulose et on a pu observer de petites hémorroïdes.

Après dix ans de recul, aucune formation néoplasique n'est réapparue.

### OBSERVATION N° 2

M. H... Jean, cinquante-neuf ans, a présenté, en 1953, une petite hémorragie rectale.

Il est examiné quinze jours plus tard. Le toucher rectal est douloureux étant donné la présence d'hémorroïdes. La cavité rectale semble normale et on est enclin à rendre les hémorroïdes responsables de cette rectorragie. Cependant, une rectoscopie est pratiquée et elle

montre une petite tumeur siégeant à 4 cm de l'anus. L'examen anatomo-pathologique apporte la preuve de sa malignité. Il s'agit, en effet, d'un épithélioma cylindrique lieberkühnien. Ce malade étant un scléreux hypertendu (TA 19-10) nous trouvons là un argument de plus pour faire la radiothérapie de contact. Nous appliquons une seule dose de 10.000 r. L'évolution est favorable, elle a pu être contrôlée par le Docteur G. BEAUGARD.

Il n'y a pas de récurrence depuis cinq ans.

### OBSERVATION N° 3

M. L... Henri, cinquante ans, est un ancien colitique, un dystonique sans passé pathologique important.

La cancérophobie de ce malade fait que nous pratiquons une rectosigmoidoscopie en juillet 1953. On a la surprise de découvrir un petit polype d'environ 2 mm de diamètre, siégeant sur la face antérieure du rectum, à 12 cm de la marge anale. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique lieberkühnien, avec peu de mitose et pas de monstruosité cellulaires. On fait une application de 10.000 r.

Après une évolution normale, une cicatrice de guérison est apparue et ne s'est pas modifiée depuis.

### OBSERVATION N° 4

Mme B... Gabrielle, soixante-sept ans, a présenté, en janvier 1957, à la suite d'un grand voyage, une périphlébite et une rectorragie assez abondante pour nécessiter une transfusion.

La rectoscopie montre la présence, à 6 cm de l'anus, sur la face postérieure du rectum, d'une petite tumeur d'aspect villosité. Mais il s'agit, en fait, d'un épithélioma cylindrique lieberkühnien, vérifié histologiquement. Sur cette lésion, qui est minuscule, nous appliquons 10.000 r.

La lésion, suivie depuis par des rectoscopies avec prise de photos et de films, semble actuellement guérie.

### OBSERVATION N° 5

M. B... Alfred, soixante-neuf ans, à la suite d'un accident de cyclomoteur, présente, en décembre 1957, une rectorragie de faible importance.

Il n'y a aucun antécédent clinique, la radiographie est négative, mais, à la rectoscopie, on découvre au niveau de la charnière rectosigmoïdienne une lésion d'environ 1,8 cm, d'aspect bourgeonnant et qui saigne. Ici, encore, il s'agit d'un épithélioma cylindrique lieberkühnien. La localisation haute de la tumeur nous fait hésiter sur la sanction thérapeutique à prendre. Nous optons, en définitive, pour la radiothérapie de contact, car ce malade a une charnière rectosigmoïdienne très large qui rend la lésion facilement abordable. Une première application de 10.000 r est pratiquée le 20 décembre 1957 et une seconde de 3.000 r le 10 janvier 1958. Le 31, on constate une nette amélioration. Une biopsie est pratiquée le 28 février et montre une muqueuse normale. Le 28 mars, une plaque de nécrose fait son apparition. Le malade est suivi régulièrement depuis.

L'évolution est normale, il n'y a pas eu d'incidents que l'on aurait pu craindre étant donné la localisation intrapéritonéale de la tumeur. Ce résultat est excellent ; nous manquons encore de recul, mais on est en droit d'attendre une guérison.

---



## CONCLUSIONS

---

I. — Sous le nom de petits cancers de l'intestin terminal nous étudions les localisations néoplasiques dont les dimensions sont inférieures à 2,5 cm et dont la situation se trouve sur l'ampoule rectale, la charnière rectosigmoïdienne et la partie avoisinante du sigmoïde.

II. — Au traitement classique, uniquement chirurgical, nous proposons de substituer l'attitude suivante :

— pour les cancers de la partie haute de l'ampoule rectale et, d'une façon générale, pour ceux situés au-dessus de 12 cm, nous pratiquons une résection par voie abdominale pure avec rétablissement immédiat de la continuité;

— pour les cancers de la partie basse de l'ampoule, à l'amputation abdomino-périnéale, nous substituons la contactothérapie, à la condition essentielle de surveiller très étroitement l'évolution de la lésion au moyen de l'endoscopie associée à la prise de films et de nouvelles biopsies.

---

Vu, le Doyen :  
BINET

Vu, le Président de Thèse :  
DEBRAY

Vu et Permis d'imprimer,  
le Recteur de l'Académie de Paris :  
SARRAILH



## BIBLIOGRAPHIE

---

- GROS (Ch.-M.). — La radiothérapie de contact. (*Thèse*, Montpellier, 1943.)
- La radiothérapie de contact. (*Sem. des Hôp.*, 21 juillet 1946, n° 27, p. 1.287.)
  - Carcinome du rectum et radiothérapie de contact. (*Arch. Mal. App. Dig.*, juin-juillet 1946, T. 35, n°s 6-7, p. 201.)
- GROS (Ch.-M.) et GUIBERT. — Comportement de l'épithélioma cylindrique du rectum après radiothérapie de contact. (*Journal de Gastro-Entérologie*, 1937, T. 32, n° 2, p. 46.)
- GUTMANN (R.A.), BEUGARD (G.) et PARTURIER-LANNEGRACE (M.). — Deux cas de cancer du rectum à la période de début. (*Arch. Mal. App. Dig.*, séance du 24 juin 1947, T. 36, n°s 7-8, p. 420.)
- LAMARQUE, GROS (Ch.-M.). — La radiothérapie de contact dans les cancers du rectum. Rapp. IV. (*Congrès Médical Electro-Radiologique*, Paris, 9 au 12 octobre 1946.)
- LAMARQUE, GROS, PARTURIER-LANNEGRACE. — (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 9 juillet 1945.)
- PARTURIER-LANNEGRACE (M.). — Deux cas de cancers du rectum traités par la radiothérapie de contact. (*Sem. des Hôp.* 7 mai 1947, n° 17, p. 178.)
- Traitement des cancers du rectum par la radiothérapie de contact. (*Sem. des Hôp.*, 7 mai 1947, n° 17, p. 1.109.)
  - Fissures anales cancérisées et cancers à formes fissuraires. Résultats de la radiothérapie de contact. (*Sem. des Hôp.*, 26 mai 1948, n° 40, p. 1.292.)
  - Trois cas de cancer du rectum traités par la radiothérapie de contact. (*Sem. des Hôp.*, 17 mai 1947.)
- POIRIER (A.), POIRIER (B.), COUPRIE (R.) (Angoulême) et PAYARD (J.-M.) (Poitiers). — La place de l'électrocoagulation dans le traitement du cancer ano-rectal. (*Gazette Médicale de France*, novembre 1948, T. 55, n° 21, p. 723.)

- CRYSMER (R.) et RAMIOUL (Liège). — Tumeur villeuse du rectosigmoïde et radiothérapie de contact. (*Acta Gastro-Entérologie Belge*, octobre 1947, p. 489.)
- DUBARRY (J.-J.) et GROS (Ch.-M.). — Tumeur villeuse sessile du rectum en voie de cancérisation. Indication particulièrement heureuse de la radiothérapie de contact. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, 38, p. 103.)
- HILLEMAND (P.), CHARRIER (J.), WOIMANT (B.). — Polype du rectum, radiothérapie de contact et cancer du rectum. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 13 décembre 1948.)
- BARDON-LAPALLE et PUJOT-SAUSSET. — Epithélioma greffé sur une sténose rectosigmoïdienne par maladie de Nicolas-Favre. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, février 1948, T. 125, n° 2, pp. 49-58.)
- COLVERT (J.R.) et BROWN (C.H.) (Détroit). — Polypes rectaux : diagnostic et surveillance pendant cinq ans et relation avec le cancer du rectum. (*Am. Journal Med. Scien.*, 1948, vol. 215, n° 910, pp. 24-32.)
- RACHET (J.), BUSSON (A.), REY (M.). — A propos des traitements des cancers de l'anus et du rectum. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 4 avril 1949.)
- LEVRAT (M.), WEGELIN (J.E.) et LOISY. — Cancer du rectum à l'extrême début. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 22 mai 1949.)
- CHAOUL (Allemagne). — La radiothérapie de contact.
- WASSERMAN. — Rectosigmoïdoscope laveur et aspirateur. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 22 mai 1949.)
- PARTURIER-LANNEGRACE (M.) et TSILLIRIAS (N.). — Indications respectives de la radiothérapie de contact, du traitement chirurgical et du traitement radio-chirurgical dans le cancer du rectum. (Travail du service du Docteur R.A. GUTMANN et du service du Docteur Guy ALBOT.) (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 19 octobre 1950.)
- PAPILLON (J.). — Réflexions sur la radiothérapie de contact dans les cancers ano-rectaux. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 7 mai 1951.)
- CHARRIER (J.). — Remarques à propos de la conctactothérapie dans les cancers du rectum. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 25 juin 1951.)
- BEAUGARD (G.). — Sur la radiothérapie de contact. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 25 juin 1951.)

- HILLEMAND (P.). — A propos de la radiothérapie de contact dans le traitement des cancers du rectum. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 25 juin 1951.)
- ALLAINES (Professeur F. d'), VAYSSE, DUBOST, BOUCHET (N. du), LE ROY (A.), LE BRIGAND. — Traitement chirurgical du cancer du rectum. (*Editions Médicales*, Flammarion.)
- MARQUES (P.), BRU (A.) et FOURNIER (A.) (Toulouse). — Un cas de cancer du rectum inopérable. Traitement par la radiothérapie de contact. Guérison apparente après trois ans. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 24 octobre 1951.)
- CATTAN (R.), HILLEMAND (P.), LAMBLING (A.) et BENSAUDE (A.). — Rectoscopie sigmoïdoscopie. (Masson et Cie, éditeurs.)
- DELORD (M.) (Vannes). — Petit cancer du rectosigmoïde non perçu à la palpation lors de l'intervention. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 10 décembre 1951.)
- CHALNOT (P.), GROSIDIER (J.) et MERAULT (M.). — Polypose généralisée et dégénérée chez un homme de trente ans. (*Société de Gastro-Entérologie*, séance du 12 octobre 1956.)
- MAYO (C.W.) et FLY (O.A.) (Rochester). — Analyses of five year survival in carcinoma of the rectum and rectosigmoid. (*Surg. Gyn. Obst.*, juillet 1956, vol. 103, n° 1.)
- SEGAL (S.). — La proctologie. Film 16 mm en couleurs Kodachrome. Son optique; 200 mètres; 19 minutes.
- DEBRAY (Ch.), SEGAL (S.). — Cinématographie du rectosigmoïde, présentation de films. (*Arch. des Mal. de l'App. Digestif*, juin 1955, T. 44, n° 6.)
- DEBRAY (Ch.), SEGAL (S.) et PETTE (F.) (Paris). — Endoscopie rectosigmoïdienne et techniques photographiques. (*Revue Médicale Française*, 1956, n° 4.)
- Considérations sur les problèmes de l'endoscopie du rectosigmoïde et de l'endoscopie œsophagienne. (*Société Médicale Internationale de Photo-Cinématographie Endoscopique et de Radio-Cinématographie*, séance du 9 juin 1956.)
  - Sur l'endoscopie du rectosigmoïde grâce à un nouvel appareillage. (*Revue du Film Médical et Chirurgical*, supplément à la *Semaine des Hôpitaux*, 1956, 32<sup>e</sup> année, n° 46-47 et supplément aux *Annales de Chirurgie*, 1956, n° 8.)
  - Rectoscopie cinématographique. Film en couleurs Kodachrome 16 mm. Son optique; 220 mètres; 20 minutes.
  - A propos de l'endoscopie du rectum et de l'œsophage. La rectoscopie et l'œsophagie photo-cinématographique. (*Semaine des Hôpitaux*, 1956, 69, pp. 3.633-3.641.)





